LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Médecine publique : Rapport de la Commission internationale de Porto sur la prophylaxie et le traitement de la peste bubonique, p 625. — **Académie des sciences :** *Séance du 25 septembre* 1899. — *Présidence de M. Maurice Lœvy.*— Sur la variation diurne de l'électricité atmosphérique, p. 627. — Sur un mode particulier de protection des appendices en voie de génération après sections artificielles chez les insectes, p. 628. — Sur les organes céphaliques latéraux des Glomeris, p. 629. — Sur quelques phénomènes de la désorganisation cellulaire, p. 629. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 septembre* 1899. — *Présidence de M. Panas*, p. 629. — Rapport de prix, p. 629. — De la mort apparente, p. 629. — **Association française pour l'avancement des sciences** : 28e session tenue à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre (*Suite et fin*). Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et de ses branches terminales, p. 629. — Traitement des névrites traumatiques par le courant alternatif à basse fréquence, p. 630. — Traitement électrolytique des angiomes, p. 630. — Diagnostic entre les cystites et la cystalgie à la suite des interventions sur l'utérus, p. 630. — Des névralgies et des tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales, p. 630. — Phlébite secondaire syphilitique, p. 630. — Le courant alternatif ondulatoire Ses propriétés thérapeutiques, p. 630. — Recherche de la réaction de la tuberculose dans l'urine des tuberculeux, p. 631. — De l'opération césarienne pratiquée en temps d'élection et suivie de la ligature des trompes, p. 631 — Mal de Pott, p. 631. — Etude physiologique de la vision dans l'examen radioscopique, p. 631. — Etiologie et traitement de la scoliose, p. 632. — **Premier Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances** : *Séance du 25 septembre*, p. 632. — **Variétés** : Les thèses de doctorat en médecine, p. 635. — **Nouvelles**, p. 636.

MÉDECINE PUBLIQUE

Rapport de la Commission internationale de Porto sur la prophylaxie et le traitement de la peste bubonique.

La Commission nommée par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, avec le concours des médecins étrangers soussignés, présents à Porto pour l'étude de la peste bubonique, a entrepris des expériences en vue de déterminer la valeur préventive et thérapeutique du sérum antipesteux de l'Institut Pasteur de Paris, et la valeur préventive des divers liquides de cultures vaccinales préparés d'après la méthode de Ferran-Haffkine, et dont l'emploi est proposé en Portugal.

Les expériences effectuées par la Commission ont porté tout d'abord sur le sérum antipesteux, parce qu'il est urgent de savoir si l'on peut compter sur la double action préventive et curative de ce sérum au cours d'une épidémie.

Les expériences relatives à l'action préventive du sérum ont porté sur des souris et sur des singes. La Commission a constaté que les souris inoculées préventivement avec 0 cc 02 de sérum, et les singes inoculés avec 2 cc, résistent définitivement et n'éprouvent aucun malaise apparent lorsqu'on leur inocule, vingt-quatre ou quarante-huit heures après le sérum, une dose de virus pesteux sûrement mortelle en moins de trente-six heures pour les souris, en moins de cinq jours pour les singes.

En ce qui concerne les expériences de thérapeutique, la Commission a constaté que toutes les souris inoculées avec une dose de culture de peste sûrement mortelle en trente six heures pour des souris témoins, et traitées jusqu'à quatorze heures après l'infection par 0 cc 25 de sérum injecté sous la peau, résistent définitivement.

La Commission s'attache maintenant à déterminer, par d'autres expériences sur les singes, les doses de sérum à employer suivant le délai écoulé depuis l'infection et selon la gravité des symptômes.

Mais, dès à présent, en se basant sur les expériences de laboratoire et sur les applications cliniques effectuées à l'hôpital de Bonfim depuis le 4 septembre courant, la Commission conclut à l'efficacité préventive incontestable du sérum, à sa remarquable action thérapeutique lorsqu'il est employé convenablement et à la nécessité de l'adopter dans le traitement de la peste.

La Commission s'est assurée d'abord que ce sérum injecté sous la peau des malades, même à très hautes doses quotidiennes (40 à 60 cc), n'est susceptible de produire aucun accident.

Elle a reconnu ensuite que, dans certains cas d'intervention tardive ou chez des malades gravement atteints de pneumonie pesteuse par exemple, ou encore chez des malades qui présentent une éruption de pustules avec œdème du tissu cellulaire sous-cutané empêchant l'absorption par la peau, il est indiqué d'introduire le sérum dans l'organisme par la voie intra-veineuse, On peut très facilement injecter en une seule fois 20 cc. de sérum dans les veines d'un malade, en prenant, bien entendu, toutes les précautions usuelles pour éviter l'introduction de flocons d'albumine ou de bulles d'air dans les vaisseaux.

Lorsqu'il s'agit d'un cas de peste bubonique léger et soigné dès le début de la maladie, le traitement con-

sistera à injecter sous la peau du flanc droit ou gauche 20 cc de sérum en une fois. On renouvellera l'injection chaque jour jusqu'à ce que la température du malade soit retombée à la normale, et si celle-ci tend à s'élever de nouveau par la suite, on injectera encore des petites doses quotidiennes de 10 cc. de sérum.

Dans le cas de peste bubonique grave avec très forte fièvre et engorgement ganglionnaire multiple, il sera toujours prudent d'injecter d'emblée, le premier jour, 40 cc de sérum sous la peau en une seule dose. On renouvellera l'injection le lendemain. On diminuera la dose du sérum, s'il y a lieu, les jours suivants, jusqu'à disparition de tous phénomènes fébriles. On ne devra jamais craindre d'employer dès le début de la maladie de fortes doses de sérum, et on devra continuer à en injecter de petites doses répétées chaque jour, tant qu'il existe de la fièvre.

L'expérience montre, en effet, que, dans une maladie septicémique, telle que la peste, les microbes qui circulent dans les humeurs de l'organisme ne disparaissent pas tout d'un coup. Ils peuvent rester localisés dans les ganglions, par exemple, ou dans les appareils lymphatiques des organes internes, et tant qu'ils ne sont pas entièrement détruits, tant que les produits toxiques qu'ils élaborent ne sont pas éliminés, ils sont suceptibles d'intoxiquer de nouveau. La marche de la température et l'état général du malade sont les deux critériums sur lesquels on doit se baser pour régler les doses de sérum à injecter quotidiennement.

En ce qui concerne la prévention ou la prophylaxie de la peste, soit par le sérum antipesteux, soit par les cultures vaccinales préparées d'après la méthode Ferran-Haffkine, la Commission a étudié en premier lieu, comme nous l'avons dit plus haut, chez les animaux de laboratoire, souris et singes, les effets de la vaccination passive au moyen du sérum.

Elle croit devoir conclure de ses expériences que l'on peut absolument compter sur la protection efficace et immédiate de toutes les personnes qui se soumettraient à l'injection préventive de 5 cc. environ de sérum antipesteux. On ne connaît pas encore exactement la durée de l'immunité ainsi conférée, mais, d'après les études faites avec les sérums en général, on sait que celle-ci dure environ vingt-cinq jours.

La vaccination active par les cultures du microbe de la peste chauffées à 70° donne, d'après les expériences effectuées dans l'Inde et contrôlées par la Commission allemande de 1897, une immunité plus durable chez les animaux et probablement aussi chez l'homme, mais elle s'établit plus lentement, seulement après huit à douze jours. L'emploi de plusieurs échantillons de ces cultures vaccinales a été proposé à Oporto. La Commission a commencé des expériences avec quelques-uns d'entre eux, mais il faut attendre plusieurs mois pour être fixé sur la valeur préventive de ces cultures et sur la durée de l'immunité qu'elles confèrent.

Il y aura certainement lieu d'en autoriser l'usage sous la réserve que, au préalable, des échantillons de chaque provenance, comme la loi portugaise l'exige pour les sérums, seront examinés par la Commission.

La Commission a fait quelques expériences en vue de rechercher les degrés de sécurité que l'on peut attendre, en temps d'épidémie, de la vaccination active par les cultures chauffées. Elle a constaté que, lorsqu'on inocule simultanément des souris avec une culture vaccinale et avec une dose de virus pesteux ordinairement insuffisante pour donner la mort, les animaux ainsi inoculés avec le virus et avec le vaccin succombent toujours, tandis que ceux inoculés avec le virus seul résistent dans la proportion de 1 sur 3.

L'explication de ce fait est très simple. Avec la vaccination active par les cultures chauffées, l'immunité s'établit lentement, en huit à treize jours. Pendant cette période, l'organisme animal est imprégné d'une petite quantité de toxine pesteuse qu'il doit transformer ou modifier dans ses propres cellules pour se vacciner. Si, pendant qu'il opère cette réaction, une petite quantité de virus pesteux vient s'ajouter, l'animal n'étant pas encore vacciné et étant, au contraire, sous l'effet d'une légère intoxication, s'infecte beaucoup plus vite et plus facilement que les animaux qui reçoivent la même dose du même virus seul.

Il s'ensuit que, pendant une épidémie de peste, alors que les sujets qui doivent se soumettre à la vaccination peuvent être déjà en incubation de la maladie, la vaccination active présenterait vraisemblablement du danger pour quelques individus.

En présence de ce résultat, les deux délégués de l'Institut Pasteur qui font partie de la Commission, MM. les Drs A. Calmette et Salimbeni, d'accord avec MM. Camara Pestana et Moraes Sarmento qui ont étudié le même procédé de vaccination chez les animaux, ont proposé d'éviter l'inconvénient que présente la vaccination active par les cultures chauffées, tout en conservant ses avantages, lesquels consistent, comme nous l'avons dit, en une durée probablement plus longue de l'immunité.

A cet effet, ils inoculent devant nous, dans un lot de six souris, deux de ces animaux avec un mélange de 0 cc. 25 de sérum et 0 cc. 25 de culture vaccinale Ferran-Haffkine, deux autres avec 0 cc. 25 de culture vaccinale Ferran-Haffkine sans sérum; les deux dernières souris restent comme témoins.

Le même jour les six souris sont piquées simultanément avec une aiguille trempée dans une culture très diluée (1 culture en gélose dans 15 cc. d'eau) du microbe pesteux de Porto. Les deux souris qui ont reçu le virus et la culture vaccinale meurent les premières, moins de quarante-heures après l'inoculation. Des deux souris témoins, qui ont reçu le virus très dilué seul, une a succombé le trente et unième jour, l'autre a résisté définitivement. Les deux souris qui ont reçu le mélange de sérum et de culture vaccinale résistent et ne paraissent pas malades.

Cette expérience montre que le danger signalé plus haut de l'emploi des cultures vaccinales Ferran-Haffkine en temps d'épidémie, chez les sujets qui pourraient être déjà infectés au moment de la vaccination, peut parfaitement être évité si l'on prend soin de mélanger à la culture vaccinale une quantité égale de sérum antipesteux. Grâce à la présence du sérum, l'immunité passive s'établit d'abord immédiatement, protégeant l'organisme contre toute infection, jusqu'à ce que l'immunité active ait eu le temps de s'établir à son tour.

Dans l'application à l'homme, il conviendrait d'injecter le sérum d'abord et, quarante-huit heures après, la culture vaccinale chauffée.

La Commission estime, en conséquence, que toutes les personnes habitant un foyer contaminé, ou se trouvant au voisinage immédiat d'une localité infectée par la peste bubonique, doivent se soumettre, *au besoin obligatoirement*, à la vaccination préventive, soit avec les vaccins mixtes (sérum d'abord, puis, quarante-huit heures après, cultures vaccinales chauffées).

A défaut de sérum, il conviendrait, surtout au voisinage immédiat de la zone infectée, d'effectuer la vaccination au moyen des cultures vaccinales seules, en prenant soin d'effectuer cette vaccination en deux séances.

Cette mesure ajoutée aux mesures générales de prophylaxie individuelle et urbaine (désinfection et isolement des maisons ou des quartiers contaminés) doit suffire dans tous les cas à arrêter, en très peu de temps, la propagation de la maladie.

La Commission recommande aux médecins de répandre, autant que possible, cette notion dans le public, et de vacciner les adultes soit par l'injection sous-cutanée de 5 cc. de sérum antipesteux, soit par l'injection de 5 cc de sérum, suivie, deux ou trois jours après, de l'injection de 2 cc. environ de culture vaccinale ; soit, à défaut de sérum, par une première injection d'une très petite quantité de culture vaccinale seule, suivie, dix à douze jours après, d'une seconde injection de la dose normale de la même culture.

La vaccination des enfants peut être effectuée avec la moitié des doses ci-dessus.

La Commission est d'avis que toutes les personnes habitant un foyer contaminé et qui se soumettent à la vaccination préventive, pourraient sans danger être autorisées à circuler librement hors des cordons sanitaires après les mesures usuelles de désinfection des effets et bagages, sous la réserve qu'elles présenteront un certificat de vaccination datant de plus de quarante-huit heures et de moins de quinze jours. Une telle mesure contribuerait sans nul doute à diminuer considérablement la rigueur et les difficultés d'application des prescriptions quarantenaires,

Les membres de la Commission Internationale ont, à l'unanimité, approuvé le présent rapport et ont signé :

Dr *Ricardo Jorge*, professeur à l'Ecole de médecine, directeur des services d'hygiène de la ville de Porto ;

Dr *Camara Pestana*, professeur à l'Ecole de médecine, directeur de l'Institut royal bactériologique ;

Dr *Calmette*, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à la Faculté de médecine.

Dr *Salimbeni*, préparateur au laboratoire du Dr Roux, à l'Institut Pasteur de Paris.

Dr *Jaime Ferran*, directeur de l'Institut bactériologique de Barcelone.

Dr *Vinas Cusi*, de Barcelone.

Dr *Rosendo de Grau*, de Barcelone.

Dr *P. Aaser*, de Christiania.

Dr *Magnus Geirswold*, de Christiania.

Dr *Wladimir Hoeppener*, de la marine impériale russe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 septembre 1899.—Présidence de M. Maurice Lœvy.

Sur la variation diurne de l'électricité atmosphérique. — M. A.-B. Chauveau. A la fin de l'année 1893, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie les premiers résultats des observations sur l'électricité atmosphérique faites au Bureau central et au sommet de la Tour Eiffel (1). Ces observations, poursuivies pendant huit ans, forment aujourd'hui une série assez étendue pour que les données qui s'en déduisent présentent un caractère suffisant d'exactitude. J'indique ici les résultats de ces recherches, relatifs à la variation diurne de potentiel en un point déterminé de l'atmosphère.

I. Il existe, dans nos régions tempérées, deux types très différents de la variation diurne *au voisinage du sol* ; l'un correspond à la saison chaude, l'autre à la saison froide.

Pendant l'été, un minimum très accusé se produit aux heures chaudes du jour et constitue le principal toutes les fois que le point exploré n'est pas suffisamment dégagé de l'influence du sol, des arbres ou des bâtiments voisins. L'oscillation diurne est double ; c'est la loi généralement admise pour cette variation.

Pendant l'hiver, le minimum de l'après-midi s'atténue ou disparaît, tandis que le minimum de nuit s'accentue davantage. Considérée dans son ensemble, l'oscillation paraît simple, avec un maximum de jour et un minimum vers 4 heures du matin. Ce caractère est d'autant plus net que le lieu d'observation est plus dégagé.

II. Cette distinction des deux régimes d'hiver et d'été au voisinage du sol est confirmée par l'examen des résultats obtenus, d'une part à Sodankyla (Finlande) par la mission dirigée par M. Lemstrom (1883-1884), de l'autre à l'observatoire de Batavia (1887-1895). Chacune de ces stations donne, pour ainsi dire, le type exagéré de la variation constatée dans nos climats, soit pendant la saison froide, soit pendant la saison chaude.

III. *La variation diurne au sommet de la tour Eiffel*, pendant l'été, *entièrement différente de la variation correspondante au Bureau central, offre la plus frappante analogie avec la variation d'hiver.*

(1) *Sur la variation diurne de l'électricité atmosphérique observée au voisinage du sommet de la tour Eiffel* (*Comptes rendus*, t. CXVII, p. 1069).

Ce même type d'hiver se retrouve, moins accentué, mais parfaitement net, dans la moyenne fournie par trois mois d'observations, *pendant l'été* de 1898, sur le pylone de l'observatoire de Trappes (altitude 20 m.). Il apparaît donc comme caractérisant la forme constante de la variation diurne en dehors de toute influence du sol.

IV. Au contraire, dans les stations où le collecteur est dominé par des constructions ou des arbres voisins, le type correspondant au régime d'été s'exagère ; le minimum de l'après-midi se creuse au détriment du minimum de nuit qui parfois disparaît. L'oscillation peut être simple, mais en sens inverse de l'oscillation d'hiver, c'est-à-dire avec un minimum de jour et un maximum de nuit. Cette forme anormale de la variation diurne, constatée autrefois par M. Mascart (1) résulte en effet des observations du Collège de France, mais pour la saison d'été seulement. On la retrouve encore, presque identique, à Greenwich, où le collecteur est placé dans des conditions aussi défavorables.

On peut conclure de ce qui précède :

1° Qu'une influence du sol, maximum pendant l'été, et dont le facteur principal, suivant les idées de Peltier, est peut-être la vapeur d'eau, intervient comme cause perturbatrice dans l'allure de la variation diurne ;

2° Que la loi véritable de cette variation, celle dont toute théorie, pour être acceptable, doit rendre compte, se traduit par une oscillation simple, avec un maximum de jour et un minimum (d'ailleurs remarquement constant) entre 4 h. et 5 h. du matin.

Sur un mode particulier de protection des appendices en voie de génération après sections artificielles chez les insectes. M. Edmond Bordage. — Lorsqu'un membre est détaché par autotomie du corps d'un Arthropode, d'un Crabe ou d'un Phasmide, par exemple, la régénération a pour point de départ la surface même de la section produite. Il en est rarement de même quand la régénération a lieu à la suite d'une section artificielle pratiquée sur le membre. Chez les Mantides, les Blattides (2), les Orthoptères sauteurs, par exemple, les sections artificielles sont suivies d'une contraction, d'un déplacement plus ou moins accentué des muscles sectionnés, qui remontent à l'intérieur du fourreau chitineux du membre ; de sorte que, s'il y a ensuite régénération, la partie en voie de croissance peut demeurer entièrement cachée jusqu'à la plus prochaine mue L'étui chitineux remplit donc, dans ce cas, un rôle protecteur.

Il peut même arriver que, chez les Mantides, qui possèdent, développée à un haut degré, la faculté d'autotomie, et chez les Blattides, où elle est bien moins marquée, la contraction des muscles à l'intérieur du trochanter ou même à l'intérieur de l'article si développé qui constitue la hanche (*coxa*), se produise après autotomie suivant la soudure fémoro-trochantérique. Dans ce cas, s'il y a régénération, la partie en voie de croissance restera cachée jusqu'à la prochaine mue.

Mais le plus souvent, chez les Mantides, et plus rarement chez les Blattides, cette contraction des muscles n'a pas lieu après l'autotomie.

Dans ce cas, on peut voir bientôt s'il y aura régénération, sans qu'il soit nécessaire d'attendre la prochaine mue. Il est vrai qu'on n'aperçoit pas les différentes parties qui composent le rudiment en voie de croissance, car il est enroulé sur lui-même et, de plus, recouvert par la cuticule non chitinisée qui le protège comme une sorte de poche. Cette cuticule est dépourvue de transparence, à cause de sa coloration brunâtre. Mais la saillie très peu marquée que forme cette poche protectrice à l'extrémité du trochanter indique cependant que le travail de régénération s'opère.

Chez les Phasmides, le rudiment en voie de croissance, destiné à remplacer un membre détaché par autotomie, peut quelquefois se voir, mais d'une façon peu distincte, enroulé sous la cuticule protectrice qui possède, chez quelques espèces, une certaine transparence.

En ce qui concerne les Mantides et les Blattides, j'ai remarqué que la contraction, à l'intérieur de l'étui chitineux des muscles sectionnés par autotomie était d'autant plus marquée que les efforts faits par les insectes pour se débarrasser du membre avaient été eux-mêmes plus violents. Quand l'autotomie s'opérait facilement, cette contraction était réellement insignifiante.

Il nous reste maintenant à examiner le cas particulier offert par les Phasmides.

Lorsqu'on opère des sections artificielles dans la région comprenant le fémur et les deux tiers supérieurs du tibia, la contraction des muscles sectionnés est très marquée. Lorsqu'on opère ensuite ces sections dans le haut de la région formée par le tiers inférieur du tibia, la contraction se produit encore, et comme c'est précisément là que la faculté régénératrice commence à se manifester, la partie en voie de croissance demeure cachée jusqu'à la mue suivante. Puis, au fur et à mesure que les sections se rapprochent du tarse, la contraction est de moins en moins sensible, et, dans le voisinage de l'articulation du tibia et du tarse, les muscles sectionnés demeurent sensiblement en place ; de sorte que la partie en voie de régénération pourra être visible avant qu'une mue se soit produite. Il en est de même lorsque les sections sont pratiquées dans les trois premiers articles du tarse.

En étudiant la structure interne du membre, nous voyons que c'est précisément dans la région qui nous occupe que s'insèrent, sur la partie inférieure du tibia et sur les premiers articles du tarse, les muscles destinés à mouvoir ce tarse tout entier et ses différentes parties. Les sections pratiquées dans cette région passent par les surfaces où ces muscles s'attachent sur l'étui chitineux et d'où ils se dirigent vers des articles situés au-dessous, qu'ils doivent mouvoir. Dans ces conditions, on comprend que la contraction soit insignifiante, ou ne se produise pas du tout. Elle ne peut se produire que lorsque la section est plus ou moins éloignée de la surface supérieure d'attache des muscles sectionnés, ce qui n'est pas le cas. Chez d'autres insectes, il y a un retrait complet des muscles sectionnés lorsque la section passe par la région tarsienne. Il est évident que ces particularités proviennent de différences dans le nombre et la position des surfaces d'attache de ces muscles, différences que révèlent des dissections fines.

Il arrive donc que, chez les Phasmides, les parties en voie de régénération, dans la région qui nous occupe, sont plus ou moins apparentes dès le début de leur formation. Mais, comme je l'ai déjà dit, la croissance se fait avec la plus grande lenteur ; il en résulte que, pendant le temps

(1) *Sur l'électricité atmosphérique* (*Comptes rendus*, t. XCI, p. 158).

(2) H.-H. Brindley, *On certains characters of reproduced appendages in Arthropoda*, 1898.

qui s'écoule avant la mue la plus proche, la partie en voie de croissance arrive à peine à former une minuscule saillie, de 1 mm à 2 mm de longueur. Elle est recouverte par la mince cuticule protectrice de couleur brune, se moulant exactement sur le rudiment de membre, lequel ne présente encore aucune séparation en articles. Ce n'est qu'après la mue la plus proche que le rudiment, commençant à avoir une certaine longueur, montrera des traces assez nettes de division en articles tarsiens. La lenteur de la croissance est telle que ce n'est qu'après deux et même trois mues que le membre mutilé se trouve complété et capable de rendre des services à l'insecte (1).

Il est intéressant de comparer la lenteur de la croissance des parties en voie de régénération après sections artificielles, aussi bien que la lenteur de la croissance, bien moins marquée cependant, des membres destinés à remplacer ceux qui ont été détachés par autotomie, chez les Phasmides, à la merveilleuse rapidité de croissance que l'on constate chez les Mantides et chez les Blattides. Tandis que, chez ces derniers, les membres régénérés après autotomie ou section arficielle peuvent commencer à rendre des services à l'insecte immédiatement après la mue la plus proche, chez les Phasmides, les membres en voie de régénération ne peuvent être utiles à l'insecte qu'après la deuxième ou même la troisième mue. J'ai remarqué que le même fait se produit chez les Orthoptères sauteurs.

Sur les organes céphaliques latéraux des Glomeris. — M. N. de Zograf.

Sur quelques phénomènes de la désorganisation cellulaire. — M. Vital Boulet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.

La Correspondance comprend un travail émanant de M. le Dr Robert (Léon), médecin-major de 1re classe, sur une épidémie de grippe infectieuse avec manifestations méningitiques cérébro-spinales dans la garnison de La Rochelle.

Rapports de prix. — M. Paul Berger lit un rapport sur le concours du prix Chevillon.

M. Hallopeau lit un rapport sur le concours du prix Ricord.

M. Delorme lit un rapport sur le concours du prix Amussat.

De la mort apparente. — M. Laborde a relevé pendant les vacances quatorze cas nouveaux de résurrection après une mort apparente par submersion. Malgré 20, 30 ou 40 minutes de submersion on peut, par les seules tractions rhytmées de la langue, rappeler les morts à la vie. Pas un insuccès ne s'est produit depuis cinq ans, grâce au directeur général et aux directeurs régionaux de l'administration des douanes, grâce aux douaniers eux-mêmes, et cela sur une quarantaine de sauvetages faits depuis cette époque par les douaniers. Par les moyens antérieurement connus, on ne peut rappeler à la vie un noyé qui est resté plus de six minutes sous l'eau, tandis que par les tractions rhytmées de la langue, on peut rappeler des noyés à la vie après un temps beaucoup plus long. Les manœuvres ont duré de dix minutes à trois heures. Pendant trois heures donc l'individu vit en dedans, comme disait Bichat, alors qu'extérieurement il n'est plus qu'un cadavre.

Parmi les quatorze cas nouveaux qu'apporte M. Laborde, la moitié au moins ont eu 20 minutes de submersion et c'est de même après la vingtième minute que les tractions rhytmées de la langue ont rappelé les noyés à la vie. On n'a pas encore pu apprécier exactement la durée réelle de la mort apparente. La traction de la langue amène l'excitation du nerf laryngé supérieur, du nerf glosso-pharyngien et du grand hypoglosse, c'est par eux que les phénomènes réflexes se produisent.

M. Léon Colin demande si, dans les trois heures pendant lesquelles les animaux sont restés à l'état de mort apparente, M. Laborde a examiné le sang de ces animaux pour voir s'il était oxygéné ou non.

M. Laborde. Sans doute, j'ai examiné le sang et même d'autres organes. Le sang présente bien des caractères asphyxiques, il est chargé d'acide carbonique en quantité considérable, et ne présente que des traces d'oxygène; il conserve une température très au-dessous de la normale, 20 ou 25°, mais il conserve cette température. Le cœur lui-même conserve de petites contractions qui ne sont pas suffisantes pour entretenir la circulation, ce sont de petites trémulations musculaires, amenant de véritables oscillations du sang dans les vaisseaux.

A 4 heures 30, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports lus en séance.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

28e session tenue à Boulogne-sur-Mer du 14 au 21 septembre.

Suite et fin (1).

Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et de ses branches terminales. — M. Crocq (Bruxelles). — L'élongation des nerfs, introduite par Chipault, estvenue, par les résultats les plus éclatants qu'elle a donnés, confirmer la théorie névritique du mal perforant plantaire. Cette élongation, dont le résultat final est la régénération du nerf dégénéré (Latteux et Guingand), peut être remplacée par la faradisation à interruptions lentes du nerf tibial postérieur, l'électrode positive, très petite, étant placée sur le tronc de ce nerf, derrière la malléole interne ; la négative, plus grande, étant appliquée un peu en arrière de l'ulcération. M. Crocq a obtenu par cette méthode la guérison chez un homme de

(1) Les régénérations les plus parfaites donnent un tarse tétramère. J'ai cependant obtenu, après des sections pratiquées dans le troisième article du tarse : 1° un tarse pentamère à articles incomplètement séparés ; 2° un tarse pentamère aussi parfait qu'un tarse normal ; 3° un tarse monstrueux et coudé de six articles incomplètement séparés ; mais ce sont là de rares exceptions à la règle. La tétramérie après régénération a été constatée, pour les Phasmides, non seulement chez les quatre genres que j'ai cités dans des Communications précédentes, mais encore chez *Anchiale*, *Acanthoderus*, *Lopaphus*, *Diapheromera* et vraisemblablement chez *Cyphocrania*, *Diura* et *Bacteria mexicana*, ce qui porterait à 25 le nombre des espèces d'Orthoptères coureurs chez lesquelles la tétramérie a été constatée.

(1) V. *France médicale*, n° 38, p. 604 et n° 39, p. 614.

32 ans, atteint depuis 2 ans d'un mal perforant plantaire au niveau de la tête du premier métatarsien. La cicatrisation fut complète après 6 semaines de traitement, sans que le repos absolu ait été exigé. La guérison se maintient depuis 8 mois.

M. Crocq pense qu'il y aurait lieu, dans bien des cas, de recourir à cette méthode qui, pas plus que l'élongation, du reste, ne peut guérir tous les cas de mal perforant, mais qui peut rendre de réels services.

Traitement des névrites traumatiques par le courant alternatif à basse fréquence. — M. Régnier (Paris) s'est servi du courant alternatif d'un secteur sous 110 volts, 10 ampères et 92 périodes ; grâce à des rhéostats, il a pu l'utiliser pour traiter un névrome du nerf médiau, une pseudo-arthrose de l'humérus et une atrophie musculaire réflexe consécutive à une fracture du radius chez un enfant de 11 ans. Les deux premiers cas ont été grandement améliorés et le troisième guéri.

Traitement électrolytique des angiomes. — M. J. Bergonié (Bordeaux) a vérifié que, suivant l'opinion de Broca, nombre d'anévrysmes cirsoïdes ont pour origine un nœvus ignoré, à plus forte raison les angiomes graves ou angiomes caverneux ont-ils la même origine.

Par un rapprochement entre l'angiome grave et l'anévrysme, M. Bergonié montre comment, dans l'électrolyse des angiomes graves, on peut éviter des accidents constatés à la suite de l'intervention électrolytique dans les anévrysmes. Si l'on n'a pas, dans les angiomes graves, l'effort constant de la pression sanguine s'attaquant dans les anévrysmes électrolisés au *locus minoris resistentiæ* que l'on a créé mécaniquement par la perforation de la poche, et pathologiquement par l'endartérite qui a été la suite de l'électrolyse, il n'en faut pas moins éviter avec soin toute diminution de la résistance des parois de l'angiome grave. Il y a, par conséquent, une différence considérable dans les deux techniques, l'une qui s'applique au nœvus angiomateux ordinaire, l'autre à l'angiome grave. Contrairement à ce qui se passe pour le traitement électrolytique de l'anévrysme, le traitement électrolytique de l'angiome grave donne les meilleurs résultats.

La méthode que recommande M. Bergonié est l'électrolyse bipolaire appliquée au moyen de deux aiguilles courtes et isolées assez loin dans l'intérieur de la poche. Il recommande aussi l'emploi d'un porte-aiguille spécial qui permet d'avoir de meilleurs contacts et de modifier à chaque instant l'orientation et la pénétration des aiguilles. L'intensité du courant doit atteindre 40 ma. dans la plupart des cas ; lorsque la technique recommandée par l'auteur a été suivie, on ne doit aucunement craindre les hémorragies consécutives à l'extraction des aiguilles, hémorragies qui peuvent se faire par jet dont il explique le mécanisme. Les dégagements gazeux pénétrant dans les veines, que l'on peut observer pendant l'électrolyse, n'ont jamais produit aucun accident.

En terminant, M. Bergonié recommande de ne pas éloigner trop les séances d'électrolyse dans l'angiome grave, sous peine de perdre dans l'intervalle, par la désagrégation des caillots et la pénétration de nouveaux lacs sanguins dans le tissu cicatriciel formé, une partie au moins du bénéfice de l'électrolyse précédente.

Diagnostic entre les cystites et la cystalgie à la suite des interventions sur l'utérus. — M. Desnos. A la suite des hystérectomies, ou même d'interventions moins sérieuses sur l'utérus, on peut observer des troubles de la miction que l'on a tendance à attribuer à la cystite. Ces troubles ne sont, le plus souvent, pas de nature infectieuse. Il s'agit le plus souvent de cystalgie. A la suite de l'hystérectomie le bas-fond de la vessie n'est plus soutenu, il se forme un cul-de-sac dans ce bas-fond, c'est sans doute pour cela que la miction devient difficile et douloureuse.

Des névralgies et des tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales. — M. Bettremieux (Roubaix) rapporte l'histoire d'un de ses malades atteint de tic douloureux de la face qui, après avoir été traité sans succès par des procédés médicaux ou chirurgicaux qui s'adressaient au tronc nerveux, obtint une guérison persistante après un traitement d'une affection des voies lacrymales ; il conclut de ce cas et de cas analogues que les névralgies et les tics de la face peuvent avoir leur point de départ dans une lésion de la muqueuse lacrymo-nasale. Cette lésion peut être superficielle, ne pas s'accompagner de larmoiement, permettre le passage de l'injection, de sorte que la relation entre la cause et l'effet n'apparaît pas dans certains cas ; il faut la chercher. Aussi l'auteur conclut-il que la meilleure conception des névralgies et des tics de la face est celle qui consiste à les considérer comme des réflexes pathologiques ; et avant de recourir aux moyens chirurgicaux ayant pour but d'interrompre le circuit réflexe, il faut rechercher avec soin, notamment du côté des voies lacrymales, le point de départ de ce réflexe.

Phlébite secondaire syphilitique. — M. Le Noir communique deux observations de phlébite syphilique de la période secondaire. Dans ces deux cas la phlébite a apparu dans les premiers mois de l'infection ; elle a été de courte durée et ne s'est traduite que par la douleur, un léger œdème et l'existence d'un cordon induré sur le trajet de la veine.

L'auteur insiste sur la précocité de l'accident qui a pu, chez un des deux malades, précéder la roséole, sur la rareté de cette manifestation de la syphilis chez la femme et enfin sur le rôle étiologique de la fatigue et de la profession.

Le courant alternatif ondulatoire. Ses propriétés thérapeutiques.— MM. G. Gautier et J. Larat. Le courant alternatif peut être représenté en fonction de temps par une courbe sinusoidale caractérisée par son intensité efficace et par sa fréquence.

Ce qui spécifie ce courant, c'est, en somme, la façon progressive avec laquelle il croît et décroît ; c'est là la caractéristique et c'est grâce à elle qu'on observe des effets physiologiques et thérapeutiques spéciaux. C'est en nous basant sur les expériences de M. le professeur d'Arsonval, que nous avons eu la pensée d'appliquer ce courant à toute la surface du corps sous la forme de bain hydroélectrique, en 1895. Depuis lors, nos résultats n'ont pas trouvé de contradicteurs.

Nous insisterons aujourd'hui sur la comparaison que nous avons pu faire depuis cinq années entre l'action thérapeutique de ces courants et celle des courants alternatifs à haute fréquence.

Il est certain que dans certaines affections locales, les effluves de hautes fréquences obtenues au moyen du résonnateur de M. Oudin, sont un excellent moyen thérapeutique.

Mais en ce qui concerne les effets généraux nous pensons qu'on a été un peu vite, en affirmant la supériorité des hautes fréquences, principalement dans les maladies dérivées de l'arthritisme.

Une longue expérience nous permet de croire, au moins actuellement, que la supériorité des hautes fréquences sur le courant altdrnatif n'existe pas.

Recherche de la réaction de la tuberculose dans l'urine des tuberculeux. — MM. Rappin et Fortiveau (Nantes), partant de ce fait que l'on peut, dans certaines maladies microbiennes, retrouver dans l'urine les toxines secrétées par le microbe en cause, ont cherché s'il serait possible de déceler, dans l'urine des tuberculeux, la présence de la tuberculine.

Dans ce but, ils se sont adressés au cobaye tuberculeux en cherchant à déterminer chez celui-ci la réaction si caractéristique que produit cette substance. Ils ont injecté ainsi, dans le péritoine de jeunes cobayes tuberculeux, des doses variables d'urine, soit en nature, soit filtrée à la bougie Chamberland ou concentrée par la chaleur. Les résultats de ces inoculations se sont montrés, à la vérité, très inconstants.

Dans quelques cas il ne s'est pas produit de réaction appréciable ; dans d'autres, au contraire, on a constaté une certaine élévation de la température ; enfin, dans quelques cas, outre cette hyperthermie, la mort de l'animal a suivi de près l'injection, un peu comme si on lui eût inoculé une certaine dose de tuberculine.

De l'opération césarienne pratiquée en temps d'élection et suivie de la ligature des trompes. — M. Ovion fils (Boulogne), à la suite de sa pratique dans les cas de dystocie pelvienne, déclare que, dans le rétrécissement des os du bassin, infranchissable par un enfant à terme, si la femme est bien portante, il conseille et pratique l'opération césarienne à terme suivie de la ligature des trompes. Les avantages de cette conduite sont que l'enfant à terme est aussi sûrement vivant que dans l'accouchement le plus normal, que les suites opératoires sont aussi simples et certainement beaucoup moins aléatoires que dans aucune des autres interventions possibles, que les suites de couches sont extraordinairement simples, et qu'enfin il n'y a pas possibilité de grossesses futures.

Mal de Pott. — M. Bilhaut (Paris). Dans l'évolution du mal de Pott, il faut tenir compte de la contracture musculaire, comme facteur important de la déformation. En effet, sous l'influence de la contracture, une pression exagérée se produit au siège de la lésion et si l'on tient compte, en outre, de la décalcification osseuse qui se manifeste localement dans le squelette, dans tous les cas de tuberculose osseuse, on comprendra aisément avec quelle rapidité la déviation pourra se produire.

Ces conditions sont éminemment favorables à la désorganisation qui se fait sous forme de tassement, puis de destruction véritable.

C'est surtout au point de vue de la thérapeutique du mal de Pott, qu'il faut tenir compte de ces données. Au lieu d'abandonner les pottiques à eux-mêmes, il est de toute nécessité de soustraire leur rachis à l'action de la pesanteur et de les immobiliser en bonne attitude, au moyen des appareils plâtrés, couramment employés.

Si l'on doit faire des réserves au point de vue du redressement de certaines gibbosités, il n'y a qu'une règle à suivre pour le traitement du mal de Pott récent. Il se résume en deux termes : position horizontale, immobilisation réelle et durable.

Etude physiologique de la vision dan l'examen radioscopique. — M. A. Béclère (Paris). L'étude de la fonction visuelle pendant l'examen radioscopique porte sur trois ordres distincts de phénomènes : 1° la sensibilité rétinienne à la lumière émanée de l'écran fluorescent ; 2° la facilité de distinguer les limites et les contours des diverses portions inégalement lumineuses de cet écran, c'est-à-dire l'acuité visuelle proprement dite ; 3° la persistance des impressions rétiniennes.

L'étude de la sensibilité rétinienne à la lumière dans l'examen radioscopique, c'est en réalité l'étude de cette fonction spéciale que M. Parinaud a dénommée l'adaptation rétinienne, qu'il a localisée anatomiquement dans les bâtonnets, à l'exclusion des cônes, et dont il a fait dépendre physiologiquement l'existence de la sécrétion du pourpre rétinien, la substance fluorescente qui imbibe le segment externe des bâtonnets.

L'adaptation rétinienne qui nous permet de voir encore convenablement avec des éclairages relativement faibles, comme celui du crépuscule, celui de la lune, celui des lumières artificielles qui éclairent les rues ou nos appartements, joue dans l'examen radioscopique un rôle très important.

Les recherches de M. Béclère aident à saisir l'énorme différence qui existe en face de l'écran fluorescent, entre la rétine non adaptée et la rétine adaptée : elles permettent de mesurer l'accroissement presque incroyable de sensibilité que donne à la rétine un séjour de quelques minutes dans l'obscurité. De ces recherches il résulte que la sensibilité rétinienne à la lumière devient, après dix minutes d'obscuration, de cinquante à cent fois plus grande, après vingt minutes d'obscuration, environ deux cents fois plus grande qu'au sortir du plein jour.

De cette notion découle toute une série de conséquences pratiques, très importantes pour le médecin désireux d'avoir recours à la radioscopie comme moyen de diagnostic.

La faculté de percevoir les formes, ou acuité visuelle proprement dite, dépend principalement d'une fonction de la rétine, très distincte de la sensibilité à la lumière. Les recherches de M. Béclère montrent l'indépendance relative de ces deux fonctions pendant l'examen radioscopique. Il résulte de ces recherches qu'au cours de l'adaptation de la rétine l'augmentation de l'acuité visuelle est bien loin de marcher de pair avec celle de la sensibilité à la lumière. Si grand que soit l'accroissement de la sensibilité rétinienne produit par l'obscuration, chez l'observateur placé en face de l'écran fluorescent, son acuité visuelle demeure toujours notablement inférieure à celle qu'il possède en plein jour. Cette diminution, pendant l'examen radioscopique, de l'acuité visuelle normale, telle est, pour M. Béclère, la raison de la supériorité des images radiographiques au point de vue de la netteté et de la finesse des contours. De cette notion découlent aussi d'importantes conséquences pratiques pour le médecin désireux de faire servir les rayons de Rœntgen au diagnostic, en faisant appel de préférence, suivant les indications, soit à la radioscopie, soit à la radiographie, soit à l'association de ces deux procédés.

Etiologie et traitement de la scoliose. — M. le Dr BILHAUT, de Paris. On a signalé comme facteur étiologique de la scoliose l'inégal accroissement des membres inférieurs, aussi ne doit-on jamais terminer l'examen d'un scoliotique sans procéder à la mensuration de ses membres abdominaux. Les points de repère pris habituellement sont : L'épine iliaque antérieure et supérieure d'une part, et le sommet de la malléole externe, d'autre part.

On ne devra jamais négliger de voir comment se comporte la voûte plantaire dans la station debout car le pied plat unilatéral peut être une cause de raccourcissement d'un des membres inférieurs. De là, dans certains cas, la nécessité de faire la mensuration, le sujet étant dans la station debout, et de prendre comme points de repère l'épine iliaque d'une part et le sol d'autre part.

Il s'en faut que tous les cas de scoliose se rattachent à cet ordre de faits et nous n'avons pas la prétention d'atténuer l'importance des autres causes telles que : l'hérédité, le rachitisme, le rhumatisme, la pleurésie et les maladies graves qui, ayant entraîné après la convalescence une déchéance organique, diminuent notablement la résistance du squelette.

Au point de vue du traitement, la scoliose se présentant à des degrès divers, il sera nécessaire d'imposer un traitement spécial à chacune des périodes décrites par les auteurs.

On est enclin, dans certains milieux, à conseiller d'abord les exercices gymnastiques, l'électrisation, puis le port de corset orthopédique avec cette idée dominante que les exercices seuls peuvent guérir une scoliose confirmée.

Il est important de procéder à l'examen radioscopique et de savoir si l'on est en présence d'une scoliose d'attitude, c'est-à-dire sans déformation osseuse, ou bien d'une scoliose avec déformation vertébrale.

Dans l'un ou l'autre de ces cas, il sera bon de mobiliser convenablement le rachis, de l'assouplir, en combinant l'action de la gymnastique et de l'allongement par suspension, mais ce temps ne doit pas être de longue durée et 15 jours suffisent, à raison d'une séance quotidienne, pour obtenir le maximum de mobilisation des vertèbres et entraîner le sujet à rester dans la suspension, par la tête, pendant 10 à 12 minutes, temps largement suffisant pour l'application d'un corset inamovible.

Si donc, un sujet scoliotique est atteint de déformation vertébrale correspondant aux deux premiers types décrits par les auteurs, nous considérons la fixation dans le plâtre, pendant la suspension, comme le moyen de beaucoup le plus efficace, si non le seul réellement utile.

Dans cette attitude le malade est soumis à une élongation qui, maintenant entre les vertèbres un écartement assez considérable, favorise la réparation, c'est-à-dire le développement normal de ces organes. Ils échappent à toute pression insolite ou à toute action musculaire de nature à aggraver la déformation.

Lorsque, après l'application de plusieurs appareils, le rachis sera redressé, on renoncera aux corsets plâtrés et alors les exercices de gymnastique, l'escrime, la natation, le canotage, le cyclisme, le massage, contribueront puissamment à la résurrection du système musculaire, un peu atrophié dans certains cas, et assureront le maintien des résultats acquis. L'usage d'un corset bien fait concourra au même but.

Notre traitement consiste donc, pour le cas de scoliose confirmée, dans l'élongation et la détorsion du rachis, par suspension et gymnastique spéciale ; puis la dans fixation du thorax en attitude corrigée. Enfin, il se termine par des exercices gymnastiques appelés à confirmer les résultats.

Dans les cas récents où la scoliose est due à l'inégal développement des membres inférieurs, l'usage d'une talonnette, au côté le moins développé, s'oppose à la déviation osseuse et corrige par un moyen simple une scoliose qui, sans cet artifice, pourrait donner naissance à une gibbosité considérable.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

MÉDECINS DES COMPAGNIES D'ASSURANCES(1)

Séance du 25 septembre, matin. (1).

Ce Congrès qui, grâce à l'activité et à l'intelligence du secrétaire général du Comité d'organisation, M. le Dr Poëls, semble appelé à un réel succès, s'est réuni pour la première fois le lundi 25 septembre à 10 h. 1/2 du matin.

Le nombre d'adhérents dépasse deux cents, et nous citerons comme pays étrangers représentés : les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, la Hongrie, le Danemark, la Russie, la Serbie, la Turquie, les Etats-Unis et la Suisse.

Le ministre de l'Agriculture, M. le baron Van der Brugghen, ouvre la séance par un discours dans lequel il appelle l'attention de l'auditoire sur l'importance énorme qu'a prise actuellement l'assurance sur la vie, devenue un rouage de la vie sociale, et dont on ne peut encore prévoir tout le développement. L'une des formes d'assurance, c'est celle qu'a réalisée la Caisse d'épargne belge, qui assure aux travailleurs, aux ouvriers, la sécurité que les sociétés d'assurances donnent à ceux que la fortune a favorisés davantage. Le Ministre insiste sur l'importance du médecin expert et la nécessité de développer cette vaste question de l'expertise en matière d'assurances.

M. le Dr VLEMINCKX, président du Comité d'organisation, prend ensuite la parole et, dans un discours-programme bien compris, énonce les questions dont le Congrès aura à s'occuper et marque leur importance au point de vue du bien social. La tendance générale, dans tous les rapports, est de faciliter l'admission des proposants. et de bannir les formules trop exclusives : par là les médecins serviront à la fois les intérêts des compagnies et ceux des proposants. Le Congrès aura enfin à s'occuper des délicates questions de formulaires universels et du secret professionnel.

Sur la proposition du Dr WEILL MANTOU, de Paris, l'assemblée acclame l'ancien Bureau comme Bureau définitif.

M. ADAN, président des Actuaires belges, parle de l'assurance sur la vie au point de vue historique. Il désire la plus parfaite union entre les actuaires et les médecins des compagnies.

M. POELS, secrétaire général, montre quelles qualités doit réunir le médecin expert et les grandes connaissances dont il doit faire preuve, ainsi que le travail incessant auquel il doit se livrer pour rester à la hauteur de toutes les branches dont la connaissance lui est indispensable.

(1) Extrait du *Journal médical de Bruxelles.*

Séance de l'après-midi.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2. sous la présidence de M. Dr Vleminckx.

PREMIÈRE QUESTION.

Quelle est l'utilité d'un formulaire médical universel?

M. le Dr E. Poels (Bruxelles), rapporteur. — Après avoir démontré les défauts des formulaires actuellement en usage et la nécessité de leur transformation, l'orateur continue :

Sans doute, beaucoup de praticiens n'ont pas besoin de ce guide et pourraient se passer d'un questionnaire, mais combien de médecins n'ayant jamais fait d'examen pour une compagnie seront heureux de trouver un fil d'Ariane pour guider leurs recherches et seront mis en garde contre des omissions qui pourraient compromettre de si sérieux intérêts.

Donc, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, il importe de préciser autant que possible les questions.

Quels sont les avantages des formulaires médicaux?

C'est ce que nous allons mettre en relief, après avoir démontré la perfectibilité des formulaires et la nécessité d'en subdiviser les questions.

Toutes les compagnies n'observent pas les mêmes principes quant au mode d'acceptation des proposants : les unes sont plus exigeantes que les autres.

Il en résulte que, dans l'état actuel des choses, les éléments de statistique de différentes compagnies ne peuvent être fusionnés, attendu qu'il ne peut être toléré, dans une statistique impeccable, que l'on compare des quantités dissemblables. Là donc encore une entente est nécessaire. Nous n'y voyons pas de sérieux obstacle. Au contraire, il suffirait d'admettre une classification uniforme. Dès lors, toutes les difficultés seraient aplanies et les travaux de statistique verraient leur force s'accroître.

La classification dont nous proposons l'adoption dans le formulaire universel se compose de trois ordres. Chaque ordre comporte plusieurs subdivisions :

1er ordre	Parfait.
	Très bon.
	Bon.
	Limite du 1er ordre.
2e ordre	Assez bon.
	Passable.
	Limite du 2e ordre.
3e ordre	Douteux.
	Mauvais.
	Très mauvais.

Les compagnies d'assurances pourront se guider d'après cette classification pour réglementer l'admission des risques. Et, suivant le développement qu'elles désirent donner à leurs affaires, elles pourront limiter leurs acceptations à un des degrés des trois ordres.

Ainsi telle compagnie n'acceptera que les risques du premier ordre, telle autre comprendra dans ses admissions les risques du deuxième ordre, etc.

Il est évident que cette sélection n'est pas possible si la classification se réduit à deux ordres : bon et mauvais. Elle a le défaut de confondre en un même groupe les très bons risques et les médiocres.

Nous ne contestons pas les difficultés qui surviennent lorsqu'il s'agit de classer un risque et qu'il faille une grande habitude de l'examen en question. Mais ici intervient le rôle du médecin expert (du médecin en chef, du conseil médical, etc.). Ce rôle est important ; presque toutes les compagnies l'ont reconnu en organisant des services médicaux dirigés par des spécialistes. C'est à eux surtout qu'incombe le soin de classer les risques, de mettre de l'uniformité dans les appréciations.

Cette considération ne prouve-t-elle pas péremptoirement combien une classification à plusieurs degrés est nécessaire?

Sans une unité de vues qui préside au choix des risques, il n'y a pas de perfectionnement possible pour l'assurance et c'est là, précisément, le soin dévolu au conseil médical : établir un plan d'ensemble, appliquer à tous les cas les mêmes règles.

Cette intervention a encore un autre avantage. Tous les examens médicaux, pour une même compagnie, ayant été faits avec un égal soin, les risques ayant été classés suivant une même méthode, les dossiers médicaux seront d'une réelle utilité pour les travaux de statistique. Et nous prévoyons que ces travaux fourniront d'importantes et nombreuses déductions.

Elles seront avantageuses non seulement pour les compagnies, mais encore pour la science.

Nous venons de dire que le médecin expert a pour mission de classer les risques. Pour cela il lui faut des éléments d'appréciation, qu'il ne peut puiser que dans les rapports médicaux. Aussi faut-il que ceux-ci soient très complets et explicites. Plus ils renferment de détails au sujet de l'état physiologique ou pathologique du proposant, mieux le médecin expert sera à même de porter un jugement équitable.

Nous pouvons ajouter ces considérations aux arguments qui plaident en faveur de la subdivision des questions.

Devons-nous encore insister et plaider plus longuement la cause d'une classification uniforme?

Il nous semble que ce qui précède est suffisamment probant.

Pour compléter ce chapitre, nous transcrivons les avantages des formulaires indiqués par M. le Dr Weil-Mantou :

1° Ces formules imprimées ont l'avantage de s'opposer à des retards fâcheux dans la signature des contrats et préviennent les omissions qui pourraient se produire dans l'examen d'un candidat et qui entraîneraient le renvoi du document à son auteur, avec prière de le compléter ;

2° Elles facilitent la tâche du praticien et diminuent sa responsabilité vis-à-vis des candidats en lui donnant le moyen de se disculper d'un reproche éventuel, celui de dépasser les exigences de son rôle et d'outrepasser les devoirs de sa mission en insistant sur des détails superflus.

3° Vis-à-vis des compagnies, elles constituent la preuve palpable qu'aucune recherche n'a été négligée dans l'examen du candidat et couvrent le médecin lors d'un décès prématuré ;

4° Elles fournissent des documents inappréciables pour la statistique, et le dépouillement des cartons où dorment tous les dossiers fournira un jour des renseignements précieux sur les lois de l'hérédité, sur la valeur précoce de tel signe, de tel symptôme. Où, mieux que là, découvrira-t-on la généalogie de telle affection, l'aboutissant de telle constitution, la morbidité de telle profession, les relations des maladies entre elles? Où pourra-t-on récol-

ter semblable moisson, à condition que chacun veuille bien semer et apporter son contingent de matériaux ?

M. Poëls fait passer un projet de formulaire très complet, très precis et termine son rapport par un dernier chapitre dans lequel il en résume les différents points.

De l'utilité du formulaire médical universel.

Avant tout, justifions notre terminologie. Si nous avons employé la dénomination *Formulaire universel*, c'est par concision. Elle remplace la longue proposition : Formulaire uniforme pour les enquêtes médicales.

Nous reconnaissons qu'elle a le défaut de prêter à une extension abusive. Précisons donc notre pensée. Nous n'exigeons pas qu'un même formulaire *ne varietur* soit admis par toutes les compagnies. Ce serait méconnaître l'influence de plusieurs facteurs éminemment variables.

Nous ne visons qu'à provoquer l'entente sur un plan uniforme de formulaire. Si l'on pouvait tomber d'accord sur les questions fondamentales indispensables en toute occurrence et sur l'ordre dans lequel il convient de les disposer, notre but serait atteint.

La compagnie qui adopterait le formulaire universel n'abdiquerait en rien son droit d'y ajouter les questions qu'elle jugerait nécessaires.

Ainsi, dans chaque pays, on tiendrait compte des conditions ethnographiques, topographiques, climatologiques locales (race, milieu, genre de vie, habitudes, résistance des habitants, etc.).

Avant tout, il importe de rejeter de ce programme tous les éléments surannés.

Cela nous excusera d'avoir omis de notre projet certains termes ou questions qui ont été conservés jusqu'à présent, mais qui ne correspondent pas à des données scientifiques bien précises. Telle la distinction des divers tempéraments, etc.

Quels seront les avantages d'un formulaire universel ?

Ayant la sanction des médecins experts de tous pays, ce formulaire sera en rapport avec les progrès de la science.

Il sera très complet et par suite il permettra de recueillir tous les éléments nécessaires à la classification des risques.

Dès lors, il sera le gardien le plus sûr des garanties et des intérêts des compagnies d'assurances.

En supposant qu'il soit admis par toutes les compagnies, il en résulterait de l'uniformité dans le *modus operandi*. Et, par suite, tous les résultats provenant du triage des proposants pourraient être fusionnés.

Or, ces éléments, étant obtenus d'une façon identique, seront comparables et ils pourront être utilisés dans un même travail de statistique.

On pourrait déterminer exactement la valeur de certains risques où l'on doit tenir compte de la profession, du genre de vie, de la race du proposant, etc.

La limite des acceptables serait indiquée presque mathématiquement.

On obtiendrait des renseignements précieux sur l'admissibilité des syphilitiques, des albuminuriques, des glycosuriques, etc.

Les statistiques nous feraient encore connaître dans quelle proportion se fait sentir l'influence de l'hérédité tuberculeuse et de l'hérédité cancéreuse, ce qu'il faut croire de l'importance que certains praticiens attribuent à l'arthritisme.

Les chiffres nous permettraient de tracer des cartes de vitalité et de mortalité humaine pour chaque pays. Les compagnies seraient exactement renseignées sur la longévité des habitants des différentes villes d'un même pays.

De l'avis des actuaires, une nouvelle table de mortalité plus précise que les précédentes sortirait de ces statistiques.

En présence de considérations si nombreuses et si avantageuses, tant au point de vue de la science qu'au point de vue des compagnies d'assurances qui nous témoignent une grande confiance en nous instituant les défenseurs de leurs intérêts, nous n'hésitons pas à proposer aux membres du premier Congrès international des médecins de compagnies d'assurances d'émettre le vœu de voir s'établir une entente au sujet de l'adoption d'un formulaire médical universel.

Nous étant guidé d'après les principes énoncés dans le présent rapport, nous avons dressé un avant-projet de formulaire universel.

Il incombe au congrès futur d'élaborer un texte définitif.

DISCUSSION.

M. VAN DAM (Bruxelles) trouve qu'il est impossible de ne s'occuper que de la question d'opportunité d'un formulaire universel sans examiner par quel moyen on pourra se mettre d'accord. Il ne peut, en conséquence, séparer ce débat de la critique du projet de formulaire en lui-même, et il fait aussitôt quelques remarques portant sur des questions qui doivent être posées de différentes façons dans les différents pays. Les compagnies françaises, d'après lui, ne prennent pas de renseignements au sujet de l'alcoolisme : il en est tout autrement en Angleterre.

M. Van Dam voudrait voir introduire les mesures de l'abdomen, les examens microscopiques, qui seraient confiés à des spécialistes, ainsi que les examens d'affections d'organes spéciaux.

M. SIREDEY (Paris) est d'accord avec M. Poëls sur la question de principe ; si le formulaire proposé a un défaut, c'est assurément celui d'être trop complet. Or, il y a des inconvénients à vouloir détailler trop ; beaucoup de médecins de campagne se dérobent aux questions même les plus précises. Quant aux mensurations, elles dépendent d'une manière évidente de la personnalité de l'expert ; enfin, le nombre de pulsations est très fréquemment anormal, le proposant étant impressionné par l'examen qu'il subit.

M. FERRAND (Paris) trouve également le formulaire du Dr Poëls trop étendu. Entrant dans les questions de détail soulevées par M. Van Dam, l'orateur déclare qu'il est impossible de savoir quelle quantité d'alcool est absorbée journellement par le proposant.

M. VAN WELY (Hollande) cite le fait que beaucoup d'assurés meurent dans la deuxième année de leur assurance. Il voudrait voir instituer un formulaire uniforme pour les constatations de décès, afin de constituer des statistiques sérieuses.

M. DUFOUR (Suisse) a pu voir par les statistiques de la compagnie « la Suisse », combien les causes de décès dépendent des conditions climatologiques ; il cite la fréquence de goître dans certains cantons. Il faudra donc n'en point faire un formulaire, mais dresser un cadre que chaque compagnie pourrait modifier à sa guise, suivant le pays où elle exerce.

M. Adan, actuaire (Bruxelles), fait quelques objections au projet de formulaire.

M. Crocq (Bruxelles) reprend la question de l'alcoolisme. Il est parfois difficile de déceler cet état chez un proposant ; tel qui présente un tremblement alcoolique caractérisé ne le présentera plus aussitôt qu'il aura pris quelques verres d'alcool. M. Crocq trouve que le formulaire doit être complet ; la longueur de l'examen ne rebute pas les proposants.

M. Siredey (Paris) reprend sa thèse, d'après laquelle les mensurations embrouillent les compagnies à cause de leurs divergences.

M. Weill-Mantou (Paris). Beaucoup de médecins des petites villes, auxquels la compagnie « le Phénix » imposa son nouveau formulaire, donnèrent leur démission ; ces médecins, qui font rarement des examens, ne doivent pas être mis aux prises avec un formulaire trop détaillé.

M. Duwez (Bruxelles) demande que l'on rentre dans le débat.

M. Van Dam défend sa thèse contre les objections qu'on lui a opposées.

M. le Président, constatant que personne n'élève d'objection contre le principe d'un formulaire universel, et constatant qu'il est impossible de discuter dans un Congrès aussi nombreux les divers points du formulaire, propose de nommer une Commission qui sera désignée par le Bureau. Cette Commission comprendra des actuaires.

M. Vleminckx cède le fauteuil de la présidence à M. le Dr Ferrand, de Paris, et le Congrès aborde la discussion du rapport du Dr Van Geuns.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Les thèses de doctorat en médecine.

Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire de l'Ancienne Faculté de médecine, on y trouve la mention des thèses, qui étaient des thèses quodlibétaires, cardinales, médico-chirurgicales. Les sujets étaient au choix des candidats. Ce n'est qu'à partir de 1539 que les sujets sont indiqués dans les *commentaires* de la Faculté. Elles ne consistaient qu'en une grande feuille manuscrite qu'on remettait au doyen et aux examinateurs. La première thèse imprimée porte la date du 17 février 1569, elle est de Claude Bazin. En novembre 1662, les thèses prirent le format in-4°.

Il existe trois collections de ces thèses à la bibliothèque de la Faculté. La première est constituée par 13 volumes in-8° de 1539 à 1724 ; la seconde, in-4°, commence au 30 janvier 1597 et finit au 31 mai 1778 : elle comprend 17 volumes (90970) ; la troisième in-8° (1393).

La table de ces thèses a été dressée par H. Th. Baron fils, sous le titre de *Quæstionum medicoram series chronologica*. Il s'arrête à 1764. J'ai continué ce catalogue jusqu'à 1785. A partir de cette date, on avait autre chose à faire que de s'attarder à ces formalités.

Quand, par un décret de la Convention nationale, en date du 14 frimaire, an III (4 décembre 1794), l'Ecole de santé a été créée, on revint à cet antique usage et la première thèse fut soutenue par Amiet, le 28 frimaire an V (18 décembre 1798). On vit même trois professeurs soutenir leur thèse de doctorat, quoique étant professeurs. Ce fut Duméril qui déclara ne pouvoir donner un titre qu'il ne possédait pas et qui soutint, le 29 août 1803, une thèse sur cette question : *Essai sur les moyens de perfectionner et d'étendre l'art de l'anatomiste*, in-8, 78 pages. Duméril était professeur depuis le 10 mars 1801. Les professeurs Boyer et Lallement suivirent l'exemple donné par Duméril.

Ces thèses pouvaient être soutenues en latin ou en français : le latin a été supprimé en 1815 et pendant dix-sept ans, il a été soutenu 145 thèses latines. En 1803, le format in-4° devint obligatoire et c'est Dominique Larrey qui inaugura cette série.

En 1837, la thèse était suivie de quelques aphorismes d'Hippocrate, sur lesquels les candidats étaient interrogés.

Par un arrêté du 4 février 1831, les aphorismes cessèrent d'être obligatoires, mais les candidats devaient ajouter au moins six propositions de médecine ou de chirurgie.

Le 22 mars 1842, un arrêté décida que les thèses seraient suivies d'une série de questions données par la Faculté sur toutes les branches de l'enseignement et sur lesquelles les candidats pouvaient être interrogés. Ces questions furent supprimées par un arrêté du 5 août 1884. Enfin un nouvel arrêté de 1898 a rétabli le format in-8°.

Il y a 101 ans que la première thèse a été soutenue à la Faculté de Paris et actuellement il en est soutenu environ 500 par an. Nous nous demandons si cette formalité est bien utile, si elle sert en quelque chose aux progrès de la science, si elle ne constitue pas une dépense assez considérable pour le futur docteur.

Pour nous, nous contestons que la science médicale profite de ce travail qui, neuf fois sur dix, n'est qu'une simple formalité assez dispendieuse, puisque le candidat doit faire don de 150 exemplaires pour la Faculté et les échanges universitaires avec la France et l'étranger.

Nous savons comment les thèses se font quelquefois et comment elles sont soutenues.

Il existe des entrepreneurs de thèses : la Faculté ne l'ignore pas et elle feint de l'ignorer. Ces thèses sont payées 400 francs et au-delà. Nous connaissons quelques-uns de ces fabricants, qui se font ainsi un bon petit revenu, et dont quelques-unes des thèses sont mêmes récompensées par la Faculté. Le tout est de mettre le prix à la fabrication.

Quant à l'argumentation, c'est une autre affaire. Il y a la saison des thèses, comme il y a la saison des pois. J'ai peine à croire que les juges, absorbés par une immense clientèle et par les soucis(?) du professorat, aient le temps de parcourir même *veloci oculo* les thèses qu'ils doivent argumenter contre le candidat, porteur, pour cette fois seulement, de la robe noire et du rabat (prix 5 francs au minimum). Après une demi-heure environ de causerie, la France possède un docteur de plus.

Si parmi ces thèses, il en est quelques-unes fort bien faites, combien valent à peine le papier ! En général, le refus d'une thèse est un fait exceptionnel En 1867 et en 1868, deux thèses furent annulées *après réception*, d'après la dénonciation de l'évêque d'Orléans au Sénat ; c'étaient les thèses du Dr Grenier *sur le libre arbitre* et celle du Dr Piton *sur le rhumatisme*. Mais le fougueux évêque se brisa contre la thèse du Dr Sémerie, *sur les symptômes intellectuels de la folie*, thèse qui fut récompensée par la Faculté. Ces thèses étaient accusées de matérialisme. En 1882, une autre thèse fut refusée pour un autre motif ; elle avait pour titre : *Le libertinage et la syphilis considé-*

rés comme cause de phtisie. Le présldent était M. Brouardel.

La Faculté de droit a supprimé les thèses de licence; la Faculté de médecine a supprimé les thèses d'agrégation; pourquoi s'arrêter en si bon chemin? Les thèses ont fait leur centenaire : on sait ce qu'elles ont produit en général. Il y a d'heureuses exceptions, peu nombreuses, il est vrai.

Le XX^e^ siècle devrait bien voir disparaître cette formalité surannée et si j'avais l'honneur, comme M. Brouardel, d'être membre du conseil supérieur de l'Instruction publique et doyen de la Faculté, c'est une cause que je plaiderais, convaincu que j'aurais pour moi tous les étudiants. Mais.....

. . . . . .

Dr A. Corlieu.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — INSCRIPTION DES ÉLÈVES NOUVEAUX. — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 4 octobre au 15 novembre 1899.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes :

1° Acte de naissance;

2° Consentement du père ou du tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou de son tuteur;

3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie);

4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

IMMATRICULATION, INSCRIPTIONS, CARTES, TRAVAUX PRATIQUES, TRAVAUX LABORATOIRE

(Année scolaire 1898-1899.)

I. — *Immatriculation.*

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

L'immatriculation a lieu soit d'office, soit sur demande.

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Doivent se faire immatriculer :

1° Les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires;

2° Les étudiants dont la scolarité est interrompue;

3° Les docteurs français et étrangers;

4° Les étudiants français et étrangers, etc., qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

N.B — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. — *Inscriptions*

Les inscriptions seront délivrées pendant l'année scolaire 1899-1900, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 h.

1^er^ trimestre 1899-1900.

1° Inscriptions de 1^re^ année (voir l'affiche spéciale).

2° Inscriptions de 2^e^, 3^e^ et 4^e^ années, du 4 au 21 octobre 1899 (excepté les lundis et mardis).

2^e^ trimestre 1899-1900.

Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 18 au 27 janvier 1900 inclus (excepté les lundis et mardis).

3^e^ semestre 1899-1900.

Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 28 mars au 28 avril 1900 inclus (excepté les lundis et mardis.)

4^e^ trimestre 1899-1900.

1° Inscriptions de 2^e^, 3^e^ et 4^e^ année (officiat), le 21 juin.

2° Inscriptions de 1^re^ année (doctorat), en juillet : les 2, 3, 4 et 5.

3° Inscriptions de 2^e^ 3^e^ et 4^e^ années (doctorat), du 6 au 16 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. — *Cartes.*

Cartes d'immatriculation. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé.

Elle ne vaut que pour l'année scolaire.

Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente.

En cas de perte, il ne peut en être délivré un duplicata.

Les cartes sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées.

Pour l'année scolaire 1899-1900, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté, au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

Cartes d'entrée dans les laboratoires. — MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires.

Pour l'année scolaire 1899-1900, les cartes d'entrée dans les laboratoires de recherches seront délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. — *Traxaux pratiques réglementaires.*

Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs.— Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février).

Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante.

MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V.- *Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs*

Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc.

L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 fr.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que des travaux de laboratoire.

STAGE HOSPITALIER

I. — *Inscription des stagiaires*

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1899-1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899, à la Faculté de médecine de Paris; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878) 4e, 8e ou 12e (régime de 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre).

II. — *Classement des stagiaires.*

Les stagiaires sont répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage.

Aucune exception à cette règle n'est admise.

Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu les 31 octobre, 3 et 4 novembre 1899, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

III. — *Stage d'accouchement et stage spécial.*

Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études sont attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils doivent, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (article 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions ne sont pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études, que l'Administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux.

Toutefois, en consignant pour la 1re partie du 5e examen, MM. les internes et externes des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement.

IV. — *Justification du stage.*

Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par des soins de l'Administration générale de l'Assistance publique.

L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus ; — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

MM. les étudiants, internes et externes titulaires des

hôpitaux, sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier.

Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions qu'ils déposent deux jours à l'avance , chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

MM. les étudiants délégués par l'administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fournissent à la Faculté :

Au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le Secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes ; trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie.

Pour la prise des inecriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ils se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria, 3), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions, une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. Le jury de l'internat est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Charrin, Claisse, Duflocq, Brocq, Mauclaire, Périer, Poirier, Benjamin Anger; Budin et Bouffe de Saint-Blaise.

Concours de l'externat. Le jury de l'externat est provisoirement constitué de la façon suivante:

MM. Roubinovitch (médecin des asiles de la Seine). Lamy, Teissier, Legry, Morestin, Launay, Auvray et Brindeau.

— Concours de l'internat en médecine. *Avis.* — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 16 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Asiles d'aliénés de la Seine.— Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier 1900, dans les asiles publics du département de la Seine. — Asile clinique, asiles de Vaucluse. Ville-Evrard et Villejuif. — Le lundi 6 novembre 1899, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900, dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des Aliénés. annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 octobre 1899 inclusivement.

Maison départementale de Nanterre. — Concours pour l'admission à 4 emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie, à la Maison départementale de Nanterre, qui seront vacants le 1er janvier 1900.

Les internes provisoires admis à la suite du concours pourront être nommés internes titulaires au cours de l'année, s'il se présente une ou plusieurs vacances ou, en tout cas, au plus tard à l'expiration d'une année d'exercice, pour une nouvelle période d'un an, sur la proposition des médecins et du chirurgien de la Maison départementale de Nanterre et l'avis du directeur de la maison.

Tout interne qui serait reçu docteur devra résigner ses fonctions dans le mois qui suivra sa soutenance de thèse.

Le préfet de police, sur la proposition du secrétaire général, arrête :

Article premier. — Un concours sera ouvert, le 15 novembre 1899, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1900.

Traitement annuel : 1.000 francs. (Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 1.200 francs plus une indemnité de 1.080 francs.)

Art. 2. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de police (Service du personnel, caserne de la Cité).

Le registre d'inscription sera ouvert le 5 octobre 1899, à 10 heures du matin, et clos définitivement le 25 du même mois, à 4 heures.

Les candidats devront remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ;

2° Etre âgés de 28 ans ;

3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente ;

4° N'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au Préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, et une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers.

Art. 3. — Le concours, qui aura lieu à la Maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° épreuves d'admissibilité ; 2° épreuves définitives.

A. *Epreuves d'admissibilité.* — 1° Examen d'un malade de médecine ;

2° Examen d'un malade de chirurgie.

Il sera accordé pour chaque malade : dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral ;

3° Une question d'obstétrique traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion.

Chacune de ces trois épreuves sera évaluée en chiffres (20 points au maximum).

Le nombre des candidats admissibles aux épreuves définitives sera au moins double du nombre des places vacantes.

B. *Epreuves définitives.* — 1° Rédaction de deux ordonnances, l'une de thérapeutique infantile, l'autre de thérapeutique sénile : dix minutes seront accordées pour cette rédaction.

Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum) ;

2° Une reconnaissance anatomo-pathologique.

Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum).

ART. 4. — Les candidats seront classés par ordre de mérite ; dans le classement *ex æquo*, il sera tenu compte des titres.

Ecole de médecine de Tours. — M. Le Normand, professeur de pharmacologie à l'Ecole de médecine de Tours, vient d'être nommé professeur titulaire à l'Ecole de plein exercice de Rennes.

Legs. — M. François-Benjamin Raspail, ancien représentant du peuple, ancien député et conseiller général de la Seine, qui vient de mourir, laisse une fortune évaluée à deux millions sur lesquels il a fait un legs de 800.000 fr. pour la création d'un hospice d'invalides du travail.

Prophylaxie de la peste. — Sur le rapport de M. le Dr A.-J. Martin, le Comité d'hygiène a approuvé les instructions ci-après que M le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient d'adopter à son tour.

Instructions relatives à la suppression des rats et des souris dans les lazarets et sur les navires au point de vue de la prophylaxie de la peste.

Les rats et les souris sont des agents très actifs de la propagation de la peste. Lorsqu'ils en sont atteints, la maladie ne tarde pas à sévir parmi la population des lieux où ils passent ou dans lesquels ils séjournent. L'épizootie de de ces rongeurs précède de peu de jours l'épidémie humaine.

Aussi convient-il d'éviter à tout prix leur présence dans les lazarets et sur les navires.

Lazarets. — Il faut, dans toutes les parties des lazarets, empêcher les rats et les souris de pénétrer dans les constructions, et les détruire avec le plus grand soin s'il en existe.

A cet effet, on devra obturer toutes les ouvertures par lesquelles les rats et les souris peuvent pénétrer dans les constructions, ou tout au moins, pour celles qu'il faudrait maintenir, les munir d'appareils protecteurs, tels que des balais, des entonnoirs ou mieux des écrans métalliques. Les lazarets devront, en outre, posséder ces mêmes appareils en quantité suffisante pour pouvoir en disposer sur les amarres et cordages réunissant les navires à terre.

Lorsqu'il existe des rats et des souris dans les lazarets, des pièges, des préparations alimentaires toxiques, telles que la mort-aux-rats ou tous autres produits similaires, etc., seront employés pour les y détruire et les cadavres des rats ou des souris seront immédiatement brûlés. Si les rats et les souris étaient réfugiés dans des locaux difficilement accessibles, il faudrait y faire usage de gaz asphyxiants, tels que l'acide sulfureux à la dose de 40 grammes de soufre par mètre cube.

Les endroits où l'on a recueilli des rats ou des souris morts seront lavés avec les solutions désinfectantes en usage dans les lazarets.

Navires. — 1° A quai. — Lorsqu'un navire est à quai, les amarres et cordages qui le retiennent doivent être munis de balais, entonnoirs ou mieux d'écrans, etc, etc., disposés de façon à empêcher les rats de se servir de ces amarres et cordages pour pénétrer dans le navire ou en sortir. Les passerelles doivent être levées pendant la nuit.

Avant le chargement, il faut s'assurer qu'il n'existe pas de rats sur le navire. S'il en existe ou qu'on le craigne, il faut les détruire par les moyens ci-dessus indiqués. Le navire doit être désinfecté à l'acide sulfureux avant tout chargement, dans toutes les parties où les rats peuvent séjourner ; les autres locaux doivent être désinfectés avec la solution de sublimé salée à un gramme p. 1000 de bichlorure de mercure pour 2 grammes de sel marin, également pour 1 litre d'eau distillée. Les cadavres des rats doivent être brûlés.

2° En cours de traversée. — Il est indispensable d'user, pendant la traversée, de tous les moyens possibles pour détruire les rats qui auront pu pénétrer sur le navire, malgré les précautions prises à quai. Parmi ces moyens, ceux qui détruisent les rats sans que leurs cadavres se putréfient ou dégagent d'odeurs seront préférés.

Certaines préparations, dites mort-aux-rats, peuvent atteindre ce résultat ; il y a lieu d'en prescrire immédiatement l'essai.

Les cadavres des rats doivent être brûlés et les locaux où ils ont été découverts, désinfectés.

3° A l'arrivée. — Lorsqu'un navire est arraisonné, le médecin sanitaire doit se renseigner, avec la plus grande attention, sur la présence des rats à bord. Si des rats y ont été découverts et si des cadavres de ces rats existent encore sur le navire, il sera immédiatement procédé à l'analyse bactériologique, afin d'y chercher le bacille de la peste.

Dans le cas où celui-ci serait reconnu, le navire sera déchargé ; sa cargaison et les bagages des passagers et de l'équipe seront désinfectés ; le navire sera tout entier soumis à des fumigations sulfureuses, et les cadavres des rats seront soigneusement brûlés.

En cas contraire, le navire pourra avoir libre pratique, après application des mesures de désinfection réglementaires.

Après déchargement des navires au port d'arrivée, ils seront désinfectés à l'acide sulfureux dans toutes les parties où ce procédé peut être employé et, pour le reste, lavés avec des solutions désinfectantes.

De la parfaite exécution de ces instructions dépend le régime sanitaire à imposer aux navires. Elle permettra d'autant plus d'éviter l'application rigoureuse de ce régime que la destruction des rats aura été mieux et plus rapidement assurée.

Nous croyons savoir enfin que des mesures spéciales sont actuellement prises pour détruire les rats dans tous les édifices publics de la Ville de Paris et notamment dans les égoûts. On ne saurait trop engager les particuliers à s'en préoccuper de leur côté, pour leur domicile.

Sur la conduite à tenir à l'égard des blessés soignés à l'hôpital. — L'application de la loi du 9 avril 1898 soulève des questions multiples. En voici une fort intéressante qui m'a été récemment soumise dans les termes suivants par un confrère d'un département voisin :

« Un ouvrier assuré contre les accidents par son patron à une Compagnie éprouve un accident plus ou moins sérieux ; le blessé est transporté à l'hôpital de X... D'après le contrat intervenu entre le patron et la Compagnie, cette dernière paie à l'hospice le prix de journée du blessé, c'est-à-dire la nourriture, mais non les soins médicaux.

Le médecin de l'hospice, quoique recevant une modique indemnité pour les soins qu'il donne aux malades ordinaires, est-il tenu de soigner aux mêmes conditions de gratuité un blessé ainsi assuré ? N'est-il pas en droit de demander à l'Administration de l'hospice un supplément d'indemnité pour les soins qu'il sera appelé à donner dans cette circonstance et doit-il dans ce but s'adresser directement à cette administration, ou bien doit-il prier cette dernière de s'adresser à la Compagnie qui a assuré pour lui demander un supplément pour les soins donnés au blessé ?

Il est évident que si les Compagnies d'assurances contre

les accidents ne sont tenues à aucune rémunération supplémentaire vis-à-vis de l'Administration de l'hospice ou vis-à-vis du médecin de l'hospice, chaque fois qu'un accident surviendra, l'agent de la Compagnie fera tout son possible pour faire entrer le blessé à l'hôpital afin d'éviter de payer des honoraires aux médecins ».

Mon honorable confrère et ami commet une grave erreur quand il dit « la Compagnie d'assurances paie à l'hospice le prix de journée du blessé, c'est-à-dire la nourriture, mais non les soins médicaux. »

Le prix de revient de la journée d'hôpital est réglé par arrêté du préfet, sur la proposition de la Commission administrative de l'établissement et après avis du Conseil général du département (art. 24 de la loi sur l'Assistance médicale gratuite). La Commission administrative doit elle-même calculer ce prix de revient en divisant la somme totale de ses dépenses ordinaires (défalcation faite des frais afférents à la gestion des biens, aux services annexes, aux secours à domicile et aux réparations et améliorations immobilières) par le nombre de journées d'hospitalisés (1).

Par conséquent, les frais médicaux et pharmaceutiques entrent bien en ligne de compte dans le calcul du prix de la journée d'hôpital.

On ne voit pas dès lors pourquoi le médecin recevant un traitement, si modeste qu'il soit, réclamerait un honoraire quelconque à une victime d'un accident du travail. Il n'en réclame pas aux malades et aux blessés admis soit aux frais de sociétés ou de corporations, soit aux frais des communes, du département ou de l'Etat (art. 20).

Il est vrai qu'dans beaucoup d'hôpitaux le médecin ne reçoit pas de traitement. Nommé parfois à la faveur dans les petits établissements, il reçoit fréquemment ce titre comme récompense honorifique de services rendus à l'Assistance médicale. C'est ainsi qu'autrefois, à Bordeaux, les médecins du Bureau de bienfaisance arrivaient à être médecins des hôpitaux. Le plus souvent, dans les grands centres surtout, la place de chef de service à l'hôpital doit être conquise par de longues études et de difficiles concours.

Quel que soit le mode de nomination, le médecin qui a sollicité la place de médecin d'hôpital, qui l'a acceptée comme témoignage de reconnaissance de ses services antérieurs, ou qui l'a gagnée en faisant preuve de haute valeur scientifique, ce médecin, dis-je, a accepté la clause de la gratuité de ses fonctions. Il y a contrat entre lui et l'Administration et, à mon avis, il amoindrirait le prestige de sa situation en réclamant un honoraire spécial dans une circonstance qui n'est qu'un cas très pratique de l'Assistance hospitalière.

Dans la seconde partie de son argumentation, mon honorable confrère commet encore une erreur en disant que l'agent de la Compagnie, en faisant admettre les blessés à l'hôpital, réaliserait un double profit, puisque la Compagnie n'aurait pas à payer d'honoraires à son médecin habituel.

En effet, les Compagnies paieront les frais de séjour à l'hôpital, qui comprennent, comme je l'ai dit, les frais médicaux et pharmaceutiques, mais elles doivent également payer l'indemnité stipulée à l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, soit, pour l'incapacité temporaire, la moitié du salaire touché au moment de l'accident. Jusqu'à ce qu'une disposition légale fixe ce qui devrait être distrait de la somme payée à l'Administration comme représentant une partie de la pension alimentaire due à l'ouvrier, c'est celui-ci seul qui bénéficiera de cette situation, c'est-à-dire de son traitement à l'hôpital.

Mais en ce qui concerne les Compagnies, prenons un exemple, je suppose une fracture de jambe : Si la journée d'hôpital est au prix de 2 francs, au bout de trente jours, le séjour à l'hôpital aura absorbé la somme de 60 francs que nous demandons dans notre tarif; si la journée est seulement de 1 fr. 50, cette somme ne suffira qu'à un séjour de quarante jours à l'hôpital. Or, dans la plupart des cas, une fracture de jambe entraîne un séjour plus prolongé dans les salles d'hôpital.

Il y aura de plus des frais supplémentaires ; que le blessé soit ou non traité à l'hôpital, il faudra établir au moins un certificat de constat et un certificat de guérison, soit une dépense de 10 francs, honoraire que le médecin traitant peut réclamer même quand il soigne le blessé à l'hôpital, ainsi qu'il résulte du dernier paragraphe du chapitre II de la circulaire ministérielle du 21 août 1899 (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 38, 17 septembre 1899).

En outre, le blessé, à sa sortie de l'hôpital, sera bien rarement en mesure de reprendre son travail habituel ; il aura le plus souvent besoin de soins consécutifs, de conseils, soit chez lui, soit au cabinet du médecin. Ces soins secondaires tombent dans la règle ordinaire et doivent être payés par les industriels ou par les Compagnies qui y sont légalement astreintes.

Quel honoraire conviendra-t-il de prendre ? En raison du principe même de la loi qui, en cas de litige, prévoit l'application du tarif de l'Assistance médicale gratuite, c'est à ce tarif qu'il faudra, à mon avis, avoir recours pour établir le compte du traitement supplémentaire de l'ouvrier blessé après sa sortie de l'hôpital.

Telle est la solution que j'ai indiquée au confrère qui m'a fait l'honneur de me soumettre cette difficulté, mais c'est là une opinion personnelle. Je serais heureux que mes confrères de la Gironde, qui sont en mesure d'apprécier les difficultés qui résultent de l'application de la loi du 9 avril 1898, veuillent bien me les faire connaître et me donner sincèrement leur avis. Il est d'une utilité de premier ordre que nous soyons fixés sur tous ces détails avant la réunion de la Commission du Conseil général de l'Association, chargée d'approfondir et de résoudre ces délicats problèmes de pratique médicale.

(*Journal de médecine de Bordeaux*). Dr LANDE.

Nécrologie. — Le Dr GÉRARD, de Bourgueil (Indre-et-Loire), reçu en 1885. — Le Dr AMAT, de Paris, reçu en 1873.

(1) Ed. Campagnole. *Commentaires de la loi du 15 juillet 1893.*

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*